Rok XXXIII. Kraków 11. Sierpnia 1894 r. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przeważna ilość dawniejszych autorów twierdzących, iż dziecko może nabyć kiły od matki podczas porodu, nie przytaczała żadnych przekonywających spostrzeżeń na udowodnienie swego zdania; nadmieniali wprawdzie niektórzy o spostrzeganych przypadkach tego rodzaju, opisywali je jednak bardzo niedokładnie i krótko, nie wchodząc w bliższe szczegóły; dopiero Bergh dokładniej opisał przypadek, w którym wypadało rzeczywiście przypuścić, iż noworodek nabył kiły od matki podczas porodu. Nie wydaje się nam więc wcale dziwnem powątpiewanie niektórych autorów co do możliwości podobnego zarażenia się (Gibert[1]), Vidal[2]), Violet[3]) i inni); przeciwko zaś dowodzeniom na korzyść jego poważne podnoszono zarzuty, mianowicie Bosquillon[4]), Vasal[5]), Baumés[6]) i Müller[7]) stanowczo zaprzeczali możliwości zarażenia się dzieci podczas porodu, powołując się na niepomyślne dla podobnego zarażenia się stósunki, w jakich podczas porodu znajduje się noworodek; skóra jego bowiem jest ochronioną od zewnętrznych szkodliwych wpływów obfitą ilością maści płodowej *(vernix caseosa)*, następnie na niej rzadkie są obrażenia i nadżerki; po przyjściu zaś na świat dziecka, zaraz go starannie myją i kąpią a więc gdyby nawet przypuścić, iż podczas porodu skóra noworodka stykała się z wydzieliną kiłową matki, przyrzut kiłowy nie zdołałby przeniknąć do ustroju noworodka, gdyż byłby zmyty podczas kąpieli. Jakkolwiek trudno odmówić pewnej słuszności przytoczonym wyżej zarzutom, musimy jednak zwrócić uwagę, iż noworodek podczas porodu nie zawsze znajduje się w tak niepomyślnych dla zarażenia się stósunkach, należy zaś pamiętać o tem, iż przyrzut kiłowy może trafić do ustroju noworodka nietylko przez skórę, lecz i przez błony śluzowe; wreszcie w niektórych przypadkach o kąpieli natychmiastowej dziecka zapominają lub robią ją nie dość dokładnie. Z drugiej też strony trudno nie zgodzić się z tem, iż sprzyjające zarażeniu się dziecka stósunki rzadko przytrafić się mogą podczas porodu. Potwierdzenie tego widzimy w bardzo szczupłej liczbie spostrzeganych przypadków tego rodzaju. Pomijamy przypadek opisany przez Kassowitza[1]) i tyczący zarażenia się dziecka przez matkę miękkim szankrem podczas porodu; natomiast przytoczymy tu krótkie szczegóły o trzech przypadkach zarażenia się dziecka kiłą podczas porodu, dokładnie spostrzeganych i opisanych przez Weila[2]), Grünfelda[3]) i Thirego[4]).

Przypadek Weila tyczył się położnicy, u której w chwili porodu były rozmaite objawy drugorzędnej kiły, między niemi kłykciny sączące na wargach sromnych, usta zaś, przełyk i brodawki piersiowe wcale nie przedstawiały żadnych zmian chorobowych. Poród odbył się prawidłowo i trwał niezbyt długo; dziecię urodziło się w położeniu czaszkowem. Po upływie 4 tygodni u zdrowego dotąd noworodka pojawiło się na nosie owrzodzenie z stwardniałymi brzegami i dnem; w kilka tygodni potem wystąpiły drugorzędne objawy, mianowicie osutka planisto-grudkowa na tułowiu i odnogach oraz kłykciny sączące w okolicy rzyci i na częściach rodnych. Że kiła dziecięcia w wymienionym przypadku nie była dzie-

[1]) Manuel des maladies vénériennes. Paris 1835. str. 320 i 324.
[2]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1853. str. 537.
[3]) Étude pratique sur la syphilis infantile. Paris 1874. str. 11.
[4]) Bertin, l. c. str. 21—22.
[5]) l. c. str. 34.
[6]) Behrend's: Syphilidologie. 1842. IV. str. 546.
[7]) Grundzüge des Pathol. und Ther. der venerischen Krankheiten. II. Auflage. Leipzig 1884. str. 109.

[1]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1884. XXI. 2. str. 115.
[2]) Deutsche Zeitschrift f. praktische Medicin. 1877. 42.
[3]) Wiener medicinische Presse. 1879. 47 str. 1492.
[4]) Presse médicale belge. 1884. 9. str. 241—246.

dzicznego pochodzenia, dowodem ta okoliczność, iż choroba cechowała się początkowo wystąpieniem pierwotnego owrzodzenia na nosie, ogólne zaś objawy pojawiły się dopiero po upływie kilku tygodni; że noworodek musiał zarazić się podczas porodu od matki kiłowej, świadczy o tem szczególne usadowienie się pierwotnej zmiany, ta bowiem znajdowała się w tem miejscu twarzy, które podczas porodu najdłużej pozostawało w zetknięciu z zajętemi przez kiłę okolicami przewodu rodnego matki. Dodać tu nadto wypada, że u matki nie dostrzeżono żadnych zmian kiłowych na brodawce piersiowej, w ustach lub przełyku a więc śmiało można tu było wyłączyć zarażenie się dziecka inną drogą, jużto przez karmienie lub za pośrednictwem pocałunku i t. d.

W przypadku przez Grünfelda opisanym, pewna kobieta zarażona przez męża podczas ciąży w chwili porodu miała kłykciny owrzodziałe; urodzone przez nią dziecię pozostawało zdrowem w ciągu pierwszych kilku tygodni, następnie jednak pojawił się u niego na głowie wrzód stwardniały, po którym wkrótce wystąpiły ogólne objawy kiły.

W przypadku Thirego u dziecka, które zaraziło się od matki kiłowej podczas porodu, pierwotny objaw ukazał się na ustach.

Przytoczone przypadki utwierdzają nas najzupełniej w przekonaniu, iż zarażenie się noworodka od matki kiłowej podczas porodu jest możliwem, chociaż bardzo rzadkiem. Możemy wprawdzie przypuszczać, iż podobne przypadki niekiedy przechodzą niespostrzeżone, albowiem nie zawsze początek kiły cechuje się powstawaniem wybitnego stwardnienia i owrzodzenia, lecz nieraz ukazuje się w postaci grudki lub nadżerki, które łatwo przeoczyć; w takich więc przypadkach mylnie można przypuszczać dziedziczną lub wrodzoną kiłę dziecka.

Zestawiając wszystkie rozpatrzone wyżej przez nas dane, tyczące się udziału matki w sprawie dziedzicznego przekazywania kiły potomstwu, przychodzimy do następnych wniosków: wobec kiły matki płód może stać się kiłowym w następnych okolicznościach:

1. Matka nabyła kiły przed zapłodnieniem a więc jest już w chwili poczęcia kiłową. Przyrzut kiłowy wtedy przenosi się na płód za pośrednictwem zakażonego jajka, w skutek czego płód w łonie matki nabywa kiły i często rodzi się przedwcześnie nieżywy; ustrój płodu najczęściej wtedy przedstawia wybitne i rozległe objawy kiłowe. W wyjątkowych tylko przypadkach świeżej nawet kiły matki, jeśli ją poddano energicznemu leczeniu, jajko może chwilowo nie zawierać przyrzutu kiłowego; wtedy może urodzić się dziecię niekiłowe i nawet zupełnie zdrowe, lecz takie dzieci powstałe z jaja o nieprawidłowym chemizmie, żywione nadto materyałem, który w skutek utajonej kiły matki zawiera w większej lub mniejszej ilości toksyny kiłowe, przedstawiać może nieprawidłowości odżywienia i niekiedy nawet umiera w łonie matki w skutek braku sił żywotnych.

2. Matka zaraża się kiłą w chwili poczęcia od nasienia ojca kiłowego; w takich okolicznościach z jajka zapłodnionego zakażonem nasieniem powstaje też płód dotknięty dziedziczną kiłą i przedstawiający obok tego zboczenia w odżywianiu, jako wynik zatrucia toksynami kiłowemi w ustroju samego płodu rozmnażającemi się; jednocześnie też i u matki mogą wystąpić objawy kiłowe. Jeśli nasienie zapładniające niekiłową matkę pochodzi od ojca, znajdującego się w okresie utajonym kiły a więc może i nie zawierać w sobie przyrzutu kiłowego, lecz tylko toksyny kiłowe, wtedy dziecię spłodzone z takiego nasienia nie będzie zupełnie zdrowem, lecz przedstawiać będzie rozmaite zboczenia w odżywianiu, jednak bywa zwykle wolnem od kiły. Ustrój takiego dziecka, dzięki zatruciu toksynami kiłowemi, staje się najczęściej odpornym względem kiły (Finger).

3. Matka będąc zapłodnioną przez niekiłowego ojca zaraża się kiłą dopiero po poczęciu a więc podczas ciąży. Dziecko spłodzone przez rodziców niekiłowych, chociaż znajduje się przez pewną część swego życia płodowego w łonie matki, która nabyła kiły w ciągu ciąży, pozostaje pomimoto prawie zawsze zdrowem i nie zaraża się kiłą, ponieważ przyrzut kiłowy nie może przeniknąć przez zdrowe łożysko; natomiast płód, odżywiając się podczas swego życia w łonie matki pokarmem obfitującym w toksyny kiłowe, może cierpieć na rozmaite zboczenia w odżywianiu; z drugiej zaś strony ustrój takiego płodu w skutek otrzymania od matki wymienionych toksyn staje się odpornym wobec kiły. W wyjątkowo rzadkich tylko przypadkach, jeśli łożysko przedstawia chorobowe zmiany, przeszkadzające prawidłowej jego działalności, jako filtru, może przyrzut kiłowy przeniknąć z obiegu krwi matki przez łożysko do ustroju płodu. Przypadki więc t. zw. wrodzonej kiły, powstałej w skutek śródmacicznego zarażenia się płodu od matki kiłowej, są nadzwyczaj rzadkie.

4. Kiła matki może udzielić się płodowi podczas porodu, co jednak dzieje się bardzo rzadko. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał
Dr. Adam Langie,
I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

8) Zofia M., lat 37, klinika stała. *Ulcus corneae dextrae traumaticum*, 10 injekcyj roztworu 1:1000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Przed 4 dniami zadraśnięta w oko paznogciem. W dolnym zewnętrznym odcinku rogówki wrzód wielkości dużej główki od szpilki, *hypopyon* wysokie na 2 mm., bóle mocne. Przez 6 dni używano ciepłych okładów, przestrzykiwano worek spojówkowy sublimatem i zapuszczano atropinę, na noc stósowano jodoform i opaskę. Polepszenia nie było. Przystąpiłem więc do wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę, odrzuciwszy wszystko prócz atropiny. W przeciągu 11 dni 10 injekcyj codziennych sprowadziło wygojenie się wrzodu; pozostała plamka, przeciw której użyto środków wyjaśniających.

9) Marya K., lat 9, ambulantka. *Ulcus corneae dextrae cum hypopyo*. 2 wstrzyknięcia roztworu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — wyleczenie. Od kilku dni wrzód wielkości ziarnka prosa, *hypopyon* zajmuje $^1/_4$ komórki. Dwa wstrzyknięcia wystarczyły do oczyszczenia się wrzodu, *hypopyon* znikło, 9. dnia od początku leczenia kalomel.

10) Jan P., lat 42, klinika stała. *Ulcus corneae traumaticum cum hypopyo et hyperaemia iridis oculi sinistri.*

10

injekcyj roztworu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina; zrazu nie było polepszenia, dopiero po przekłuciu rogówki. Chory od 5 tygodni. W środku rogówki wrzód wielkości soczewicy, ropa wypełnia $^{1}/_{3}$ przodkowej komórki, mocne bóle. Po 1-ej injekcyi bóle ustąpiły, *hypopyon* zmniejszyło się, następnego dnia jednak znowu się zwiększyło. Drugie wstrzyknięcie, *hypopyon* mniejsze, 3-cie, 4-te, 5-te wstrzyknięcie, *hypopyon* mimo tego powiększa się, zajmuje już $^{1}/_{2}$ komórki, 6-ta injekcya, *hypopyon* jeszcze większe, bóle mocne wystąpiły w nocy. *Punctio corneae.* Bóle ustały natychmiast, ropa więcej nie pojawiła się. 7-ma, 8-ma, 9-ta i 10-ta injekcya. Wrzód od chwili wypuszczenia ropy oczyszcza się szybko, 24-go dnia (od 1-ej injekcyi licząc) plamka, kalomel.

11) Franciszek K., lat 31, ambulant. *Ulcus corneae dextrae cum hypopyo, trachoma. Hypopyon* na 1 mm. wysokie znikło po jednem wstrzyknięciu 2 przedziałek Pravaza roztworu 1:2000; wrzód czystszy, objawy zadraźnienia słabsze tak, że po kilku dniach przystąpiono do przyżegania spojówki roztworem azotanu srebrowego, przyczem wrzód wygoił się zupełnie.

12) Regina C., lat 46, ambulantka. *Ulcus corneae cum hypopyo oculi sinistri traumaticum*, 3 injekcye roztworu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Przed paru dniami wpadło jej coś do oka; nieco poniżej środka rogówki, wrzodzik wielkości ziarnka prosa, ślad *hypopyon*, bóle silne. Po 1-ej injekcyi bóle ustały, *hypopyon* mniejsze, po 2-ej *hypopyon* znikło, wrzodzik oczyszcza się; 9 dnia od początku leczenia wrzód już oczyszczony pokryty przybłonkiem, kalomel.

13) Zacharyasz B. ze Stanisławowa, lat 32, pacyent prywatny prof. Rydla. *Ulcus corneae et pannus oc. sinistri, trachoma.* 5 injekcyj roztworu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza — wyleczenie. Przy wewnętrznym brzegu rogówki oka lewego wrzód półksiężycowaty, obejmujący około $^{1}/_{3}$ obwodu rogówkowego, sięgający głębiej, niż do $^{2}/_{3}$ grubości rogówki. Brzeg dośrodkowy wrzodu okazuje gruby ropny naciek szerzący się ku środkowi. Źrenica rozszerza się po atropinie dobrze i regularnie. Terapia: od 23. do 27. Stycznia 1894. przyżeganie spojówki 2% roztworem azotanu srebrowego, atropina z kokainą co 3 godziny, przepłukiwanie worka spojówkowego roztworem sublimatu 1 na 5000 co godzinę; mimo to wrzód, choć zwolna szerzy się ciągle ku środkowi rogówki i utrzymują się gwałtowne bóle, które nie ustępują po maści beladonowej na czoło. W nocy z 26. na 27. Stycznia doszły bóle do szalonej gwałtowności tak, iż chory całą noc oka nie zmrużył. Skutkiem tego wstrzyknięto 27. Stycznia 2 przedziałki strzykawki Pravaza roztworu 1 na 2000. Noc następna zupełnie wolna od bólów tak, iż chory spał bardzo dobrze. Po dalszych czterech wstrzyknięciach stosowanych codziennie wrzód oczyszczał się szybko, bóle występowały tylko lekkie i na krótko tak, iż od 1. Lutego można było podjąć już zwykłe leczenie jaglicy a 21. Lutego powrócił już chory do Stanisławowa z wrzodem oczyszczonym i pokrytym przybłonkiem, by w domu poddać się dalszemu leczeniu jaglicy.

14) Petronela R., lat 20, szpital św. Łazarza. *Ulcus corneae cum hypopyo oculi sinistri, trachoma.* 4 injekcye roztworu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. W środku rogówki wrzód wielkości soczewicy o dnie i brzegach szaro nacieklych, *hypopyon* na milimetr wysokie, bóle silne. Stosowano z początku przepłukiwanie worka spojówkowego sublimatem, atropinę, jodoform i opaskę, *hypopyon* mimo tego zwiększało się. Po pierwszem wstrzyknięciu sublimatu pod spojówkę ustały bóle, *hypopyon* mniejsze. Po drugiem wstrzyknięciu wzrok poprawił się nieco, *hypopyon* utrzymuje się jeszcze. Po trzeciej injekcyi dalsza poprawa wzroku, *hypopyon* o połowę mniejsze. Bóle więcej nie wystąpiły. Po czwartem wstrzyknięciu wrzód oczyścił się znacznie a z *hypopyon* pozostał zaledwie ślad. Z powodu porodu przerwa w terapii. Po 2 tygodniach wrzód oczyszczony o powierzchni gładkiej.

15) Anna W., lat 18, ambulantka. *Keratitis phlyctaenulosa fascicularis oculi dextri.* 2 injekcye roztworu 1:1000 po przedziałce Pravaza — polepszenie. Po 2 wstrzyknięciach sprawa przestała postępować, oko wybladło, lekkie masowanie maścią Pagenstechera.

16) Zuzanna G., lat 60, klinika. *Infectio purulenta vulneris corneae post extractionem cataractae oculi dextri.* Wstrzykiwania bezskuteczne. Zaraz pierwszego dnia wstrzyknięto dwukrotnie (rano i wieczór) po $^{1}/_{10}$ miligrama sublimatu, prócz tego wypalono rankę galwanokauterem, zastósowano ciepłe okłady, przemywanie worka spojówkowego sublimatem i atropinę a na noc jodoform i opaskę. Ropienie postępowało szybko tak, że już nazajutrz cała rogówka była zajęta, później rozwinęła się *panophthalmitis.*

17) Józef R., lat 17, klinika stała. *Vulnus corneae penetrans subsequente prolapsu iridis et cataracta traumatica oculi sinistri.* 2 injekcye roztworu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza — polepszenie. Zraniony odszczepem drzewa. Mocne obrzmienie powiek, *chemosis.* Ranka w rogówce na 5—6 mm. długa, tęczówka wypadła pokryta wypociną ropną, ślad *hypopyon.* Nazajutrz po 1-szej injekcyi *hypopyon* znikło, bóle ustąpiły. Po 2-giej injekcyi obrzmienie powiek i *chemosis* znikły, *prolapsus* czysty, jednak więcej wypuklony, *ablatio prolapsus.*

Keratitis parenchymatosa diffusa.

Spostrzeżenia odnoszące się do miąższowego rozlanego zapalenia rogówki wymagają nieco obszerniejszego przytoczenia historyi chorób z powodu, iż co do tej sprawy chorobowej różnią się zdania autorów.

18) Marya B., lat 22, klinika stała. *Keratitis parenchymotosa diffusa recidiva oculi utriusque.* 15 injekcyj roztworu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, później po 3, atropina z dobrym skutkiem.

Przed rokiem leczona w naszej klinice ruchomej z powodu *keratitis parenchymatosa* w obu oczach, obecnie chora od kilkunastu dni. Wywiady i badanie pod względem kiły wrodzonej lub nabytej nic nie wykazały.

O. pr. Mocne nastrzykanie rzęskowe dokoła rogówki. Rogówka w całości zaćmiona, nieliczne głębokie naczynia, nie dochodzące do samego środka, źrenica wązka. V po atropinie $^{1}/_{60}$ O. l. Ten sam stan tylko zaćmienie rogówki najmocniejsze w dolnej wewnętrznej części, słabsze w górnej zewnętrznej, źrenicy wcale nie widać. V ruchy ręki.

10. Lutego 1894. I. injekcya do obu óczu, atropina co 2 godziny.

11. Lutego. V p. o. $^{1 \cdot 5}/_{60}$, V l. o. palce tuż przy oku.
12. Lutego. V p. o. $^{2}/_{60}$, V l. o. $^{0 \cdot 10}/_{60}$.
14. Lutego. V p. o. $^{3}/_{60}$, V l. o. $^{0 \cdot 10}/_{60}$.

Objawy zadraźnieuia mniejsze, źrenica miernie rozszerzona.

15. Lutego II. injekcya. V p. o. $^{4}/_{60}$, V l. o. $^{0 \cdot 10}/_{60}$.
16. Lutego III. injekcya. V p. o. $^{4}/_{60}$, V l. o. $^{0 \cdot 20}/_{60}$.
19. Lutego IV. injekcya.
22. Lutego. V p. o. $^{6}/_{60}$, V l. o. $^{1}/_{60}$.

Objawy zadraźnienia ustąpiły w znacznej części, utrzymuje się jeszcze nastrzykanie rzęskowe, źrenica *ad maximum* rozszerzona, tylnych przyczepin nie ma, rogówka wyjaśnia się stopniowo, jak wskazuje ciągła poprawa wzroku. V. injekcya 3 przedziałki roztworu 1:2000.

25. Lutego VI. injekcya. V p. o. $^{6}/_{60}$, V l. o. $^{1 \cdot 5}/_{60}$.
28. Lutego VII. injekcya. V p. o. $^{6}/_{36}$, V l. o. $^{3 \cdot 5}/_{60}$.
2. Marca VIII. injekcya. V p. o. i V l. o. jak wyżej.
4. Marca. V p. o. $^{6}/_{36}$, V l. o. $^{5}/_{60}$.
5. Marca IX. injekcya. V p. o. $^{6}/_{24}$, V l. o. $^{6}/_{60}$.
7. Marca. V p. o. i V l. o. jak wyżej, X. injekcya.
10. Marca XI. injekcya.
14. Marca XII. injekcya.
18. Marca XIII. injekcya. V p. o. $^{6}/_{24}$, V l. o. $^{6}/_{38}$.
22. Marca. Zaledwie ślad nastrzykania rzęskowego, rogówki znacznie wyjaśnione, V jak wyżej, XIV. injekcya.

26. Marca. V p. o. $^{6}/_{18}$, V l. o. $^{6}/_{24}$. Rogówki wyjaśniły się do tego stopnia, że z lewego oka wydobyć już można wziernikiem odblask czerwony, w prawem zaś prześwieca tarcza, jak przez mgłę. XV. injekcya.

7. Kwietnia. V jak wyżej, nastrzykanie rzęskowe ustąpiło zupełnie już od kilku dni; na rogówkach plamki po przebytej chorobie. Kalomel, później *unguentum flavum* ambulatoryjnie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przechodzimy do ostatniej, ale niewątpliwie najlepszej metody leczenia, do owaryotomii w ciąży. Jeszcze w 1857 r. Karol Braun [1]) zastanawiając się nad tem pisze: *Die Exstirpation der Cyste vor der Entbindung, wie Merriman es vorschlug, wird für noch gefährlicher gehalten, als der Kaiserschnitt, daher die Meisten sich mit vollem Recht dagegen aussprechen,* (cięcie cesarskie miało wówczas więcej niż 60% śmiertelności). Do r. 1877. wykonywano operacyę tę rzadko, skoro Olshausen [2]) mimo skrzętnych poszukiwań znalazł tylko 14 przypadków; w dziewięć lat później zebrał jednak już przypadków 82. Dsirne [2]) zestawia w r. 1892. już 135 przypadków, Vinay [2]) zaś pomijając prawie wszystkie przypadki z przed roku 1880. mówi o 134 owaryotomiach w ciąży. Już same te dziwnie szybko rosnące cyfry dowodzą, że od czasów Brauna dokonał się na tym punkcie zupełny przewrót w zapatrywaniach. Przyczyną tego przewrotu była niewątpliwie antyseptyka i aseptyka i niesłychany dzięki nim rozwój chirurgii jamy brzusznej.

Owaryotomia w ciąży nie różni się pod względem technicznym wiele od zwykłej, zwłaszcza w miesiącach wczesnych. Należy tylko bardzo pilnie uważać na to, żeby macicy niepotrzebnie nie odsłaniać i nie ziębić i jaknajskrzętniej unikać naciągania szypuły; bodźce takie bowiem mogą stać się przyczyną skurczów macicy. Uwagę na to zwraca specyalnie Engström i Vinay. W miesiącach późniejszych stósunki zmieniają się o tyle, że w jamie brzusznej są dwa guzy, z których jeden (macica) przeszkadza usunięciu drugiego; nadto macica ciężarna rozwija blaszki szerokiego więzadła i wrasta w nie, przez co podwiązanie szypuły może być trudniejsze (Schröder [3]) przyp. IV). Nadto Polaillon [4]) zwraca uwagę na znaczne unaczynienie zrostów, zwłaszcza koło trąbki, które w przypadku przez niego operowanym utrudniło znacznie tamowanie krwotoku. Trudności techniczne rosną, jeżeli guz jajnikowy znajduje się poza dużą macicą ciężarną a zwłaszcza, jeżeli uwiązł w miednicy małej. Pomijając te wyjątkowo niekorzystne powikłania, które zdarzyć się mogą i poza ciążą, musimy oświadczyć, że owaryotomia w ciąży nie jest, przynajmniej we wczesnych miesiącach, kiedy robi się ją zresztą najczęściej, trudniejszą od zwykłej, owszem może być dzięki ciąży ułatwioną; szypuła bowiem podniesiona razem z dnem macicy do góry może być niezwykle łatwo dostępną, o czem u naszych chorych (przypadek VII. i IX.) miałem sposobność przekonać się.

Czy jest niebezpieczniejsza, niż poza ciążą? Na podstawie statystyk Dsirnego i Vinaya możemy śmiało powiedzieć nie. Ze 135 przypadków Dsirnego, z których niektóre datują się z czasów dawniejszych, zmarło tylko 8, t. j. niespełna 6%; po 134 owaryotomiach w ciąży zebranych przez Vinaya umarło tylko 6 kobiet czyli niecałe 4·5%. Te odsetki są tak małe, że chyba tylko nie wielu operatorów może się niemi poszczycić po zwykłych owaryotomiach.

Przerwanie ciąży następuje po owaryotomii dość często. Według Olshausena występuje poronienie w 20%, według Dsirnego w 22% przypadków. I tu niewątpliwie zależy to przeważnie od indywidualnej pobudliwości macicy. Czasem mimo największej uwagi i delikatności podczas zabiegu nie można uniknąć przerwania ciąży; w innych przypadkach (por. nasz przypadek VII., nadto przypadek Ohagego [1]) nawet silne bodźce przechodzą bez najmniejszego wpływu. W przypadku Richardsona [2]) nawet nakłucie macicy (prawdopodobnie bez nadwerężenia jaja płodowego) i zaszycie rany katgutem nie sprowadziło przerwania ciąży. Chora Sängera [3]) przebyła w rekonwalescencyi po owaryotomii zapalenie włóknikowe płuc i mimo to nie poroniła. Ponieważ nigdy z góry wiedzieć nie możemy, w jakim stopniu wrażliwa jest macica i jak zniesie zabieg operacyjny, przeto wydaje mi się zupełnie właściwym sposób stósowany w naszej klinice, który polega na tem, że ciężarną po owaryotomii leczy się tak, jakby jej groziło przerwanie ciąży, t. j. systematycznie przez pewien czas podaje się nalewkę makowca. Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, na którą zwrócili uwagę Schröder i Olshausen a którą cyframi udowodnił Dsirne, że rokowanie pooperacyjne tak dla kobiet jak i dla płodów jest najlepsze w 3-cim i 4-tym miesiącu a bez porównania gorsze w późniejszych.

Zestawiłem w ten sposób metody leczenia używane w ciąży i starałem się cyframi statystycznemi zaczerpniętemi z literatury oświetlić je krytycznie. Wynik, jak sądzę, jest ten, że możemy śmiało twierdzić, że tak przerwanie ciąży jak i punkcya ustąpić muszą na plan drugi wobec owaryotomii i że oba tamte sposoby leczenia tylko w niektórych wyjątkowych przypadkach znaleść mogą zastósowanie. Czy z tego wypada, że owaryotomia jest w każdym przypadku powikłania ciąży guzem jajnika wskazana? Bynajmniej; z tego wypada tylko tyle, że w każdym przypadku, w którym w ogóle leczenie jest wskazane, trzeba przedewszystkiem myśleć o tej operacyi. I tu dotykamy kwestyi może najbardziej niejasnej i zawiłej, t. j. czy każde powikłanie ciąży guzami jajnika wymaga czynnego leczenia w ciąży? Czy można czekać i uważając ciążę za czas nieodpowiedni do operowania odłożyć zabieg na później?

Autorowie piszący o tej sprawie dzielą się na dwa obozy, jedni powiadają: samo rozpoznanie tego powikłania jest wskazaniem do leczenia, to jest do owaryotomii, drudzy radzą czekać i wyliczają wskazania, które są w stanie nakłonić ich do leczenia operacyjnego; wobec braku tych wska-

[1]) Braun: Lehrb. der Gebrtsh. 1857. p. 345.
[2]) l. c.
[3]) Schröder: Laparotomie in der Schwangerschaft l. c. p. 384.
[4]) Polaillon: Annales des gynécol. 1892. XXXVIII. II. p. 134.

[1]) l. c.
[2]) Richardson: Annales des gynécol. 1892. XXXVII. p. 240.
[3]) Saenger: Centralblatt f. Gynäkol. 1892. Nr. 33.

zań nie operują. Po jednej i po drugiej stronie znajdujemy firmy poważne a liczebną większość stanowczo w pierwszym obozie. Tu należą Spencer Wells[1]), Schröder[2]), według którego samo rozpoznanie powikłania ciąży guzem jest wskazaniem naglącem (*eine recht dringende Indication*), Olshausen[3]), Berry Hart i Barbour[4]), Zweifel[5]) (*man macht möglichst schnell nach Feststellung der Diagnose die Ovariotomie*), Martin[6]), Runge[7]), Charpentier[8]), Terillon i Valat[9]), Pozzi[10]), Engström[11]), Reuter[12]), Dsirne[13]), Vinay[14]), Faucourt Barnes[15]), Heywood Smith[16]), Omori i Ikeda[17]), Gördes[18]) i inni.

Innego zdania są Emmet[19]) Hegar i Kaltenbach[20]), Fehling[21]), Cauchois[22]), Bouteiller[23]), Winckel[24]), Rémy[25]) autor najlepszej zapewne o tej kwestyi monografii i niewielu innych operatorów; zalecają oni indywidualizowanie i utrzymują, że w niektórych przypadkach wskazane jest wyczekiwanie.

Po której stronie jest słuszność? Na podstawie naszych dziesięciu przypadków niepodobna wypowiedzieć stanowczego w tym względzie zdania; przecież i autorowie rozumujący na podstawie setek przypadków dochodzą do rozmaitych wyników. Potrzeba tu więcej, niż gdziekolwiek statystyki rozległej, nie jednostronnej, ale obejmującej wszelkie przypadki zajmujące i mniej zajmujące. Rozumowanie takie jak Reutera, choć oparte na cyfrach, nie jest przecież bynajmniej przekonywujące, tak jak i wszystkie jego cyfry. Zapewne, że brzmi to logicznie, gdy się powie: w razie wyczekiwania bezwzględnego traci się dużo matek i dużo dzieci — przy bezwzględnie radykalnem leczeniu (owaryotomii) traci się mało matek i mało dzieci, więc owaryotomia jest lepsza, niż wyczekiwanie; przeto u każdej chorej robić należy w ciąży owaryotomię. Ale ten sposób matematycznego rozumowania nie da się zawsze z powodzeniem zastósować w medycynie dlatego, że jeden przypadek guza jajnika i ciąży nie jest taki sam, jak drugi, ba nawet często nie są do siebie podobne.

Czy byłoby rzeczą logiczną zestawić po jednej stronie n. p. złamania powikłane leczone wyczekiwaniem, konserwatywnie, po drugiej leczone doszczętnie amputacyą kończyny i powiedzieć: więcej osób wychodzi po amputacyi, więc w każdym przypadku trzeba kończynę ucinać. Byłoby to brakiem indywidualizowania.

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Spencer Wells: l. c. p. 134.
[2]) Schröder l. c.
[3]) l. c.
[4]) Berry Hart i Barbour: Manual of Gynaecology 1882. p. 221.
[5]) Zweifel l. c. p. 413.
[6]) Martin: Lehrbuch der Geburtsh. 1891. p. 118.
[7]) Runge: Lehrbuch d. Geburtsh. 1891. p. 325.
[8]) l. c.
[9]) Terillon i Valat: Archives de Tocologie 1888. p. 207.
[10]) l. c.
[11]) l. c.
[12]) l. c.
[13]) l. c.
[14]) l. c.
[15]) Faucourt Barnes: The British gynaec. Journal 1892. XXXI.
[16]) Heywood Smith: The British gynaec. Journal 1892. XXXI.
[17]) Omari i Ikeda: Centralblatt f. Gynaec. 1892. Nr. 52.
[18]) Gördes: Zeitschrift f. Geb. u. Gynaec. XX. 1890. p. 100.
[19]) Emmet: Principien und Praxis der Gynaec. 1881. p. 549. (Es kann als Regel gelten in frühen Stadien der Schwangerschaft nicht zu operiren).
[20]) l. c.
[21]) l. c.
[22]) Cauchois: Gazette hebdomadaire 1885. p. 570.
[23]) Bouteiller: Progrès médical 1887. p. 293.
[24]) l. c. przytacza szczegółowe wskazania do owaryotomii.
[25]) l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Położnictwo.

E. Ries (w Sztrasburgu): **O wewnętrznem badaniu rodzących przez odbytnicę.**

Do baraku stanowiącego odosobniony oddział położniniczy kliniki w Sztrasburgu, przyjęto w ostatnich 3 latach 78 kobiet z gorączką połogową. 49 razy wystąpiła gorączka połogowa po porodach, które odbyły się siłami natury, przy porodach tych jednak była obecną położna lub położna i lekarz. Autor jest zdania, że tu gorączka wystąpiła w skutek wprowadzenia przy badaniu palcem przez pochwę substancyj zakaźnych i że te kobiety daleko lepiej byłyby wyszły, gdyby były urodziły zdala od takiej pomocy, albowiem mimo wszelkich przepisów nie można rachować na czystość położnych. Następstwa tego nieumiejętnego prowadzenia porodu niepokoją już od lat akuszerów. Starano się też zapobiedz temu raz przez ograniczenie badania wewnętrznego, a powtóre przez ograniczenie, o ile możności zabiegów operacyjnych. Autor zajmuje się w swym artykule tylko pierwszą sprawą i wspomina, że Leopold i Spörlice gorąco polecali badanie zewnętrzne, przyczem w 69% przypadków przeprowadzili szczęśliwie poród. Wywody te są zupełnie słuszne, ale przecież jeszcze w 31% przypadków nie obeszło się bez badania przez pochwę a zresztą badanie zewnętrzne dostateczne jest w przypadkach obserwowanych w klinikach od rozpoczęcia porodu; tam zaś, gdzie bóle są częste i silne, dalej w późniejszym okresie porodu, ono nie wystarcza. Zresztą trudno pozbawiać studentów sposobności badania wewnętrznego, które rozstrzyga bądź co bądź o naszem postępowaniu leczniczem w największej liczbie przypadków. Badanie więc zewnętrzne dobre jest w szkole położnych, lecz nie tam, gdzie przyszły lekarz ma się nauczyć praktycznie położnictwa. Autor od Stycznia używa tak w klinice jak i poliklinice badania przez odbytnicę.

Postępuje on tak: Gdzie tego potrzeba wymaga, stósuje lawatywę. Przestwór pod paznogciem palca badającego wypełnia mydłem wilgotnem a do namaszczenia palca używa maści (*Saloli 1.0, Lanolini 15.0, Vaselini 5.0*). Podczas badania, które zawsze robi jednym palcem, chociaż, gdy część poprzedzająca stoi nisko, i dwa można wprowadzić łatwo do odbytnicy, uważać trzeba, aby palcem dużym nie dotykać się sromu ani pochwy, lecz trzymać go z boku w rowku sromno-udowym. Autor twierdzi, że badanie to jest b. dokładne i tak: można się przekonać o podatności międzykrocza i pulchności pochwy i części pochwowej; podczas ciąży łatwiej wybadać część pochwową u wielorodek, niż u pierwiastek, u których znowu łatwo podczas porodu wybadać ujście zewnętrzne, gdyż ono prawie zawsze zwrócone jest ku tyłowi. Jeżeli ujście zewnętrzne jest już rozszerzone a pęcherz stoi, to oznaczenie wielkości ujścia jest trudne; inaczej rzecz się ma po pęknięciu pęcherza płodowego, wtedy można łatwo wsunąć palec między brzegi ujścia a część poprzedzającą i oznaczyć wielkość ujścia, a gdy ujście już prawie zupełnie rozwarte tak, że badając przez pochwę już tylnego rąbku wybadać nie możemy, to jeszcze wtedy dosięgnąć go możemy przez odbytnicę i powiedzieć, że część poprzedzająca z szyi nie wyszła. Czy pęcherz płodowy pękł lub nie, przekonać się można po tem, że podczas bólu napina się pęcherz. Co się tyczy zmian patologicznych na części pochwowej, to sądzi autor, że b. dobrze wybadamy je przez odbytnicę; co do możności wybadania łożyska przodującego, nie ma pod tym względem doświadczenia. Łatwo wykazać też, czy część poprzedzająca jest ustaloną lub nie

i w ogóle, czy poprzedza górny, czy dolny koniec ciała płodu. Na główce można wykazać szwy i ciemiona, tylko, że przy tym sposobie badania najważniejszą częścią jest ciemię duże. Tak samo pośladki, wypadłe części drobne a nawet położenie poprzeczne łatwo rozpoznać możemy przy miernem rozwarciu ujścia.

Przypadku wypadnięcia pępowiny autor nie badał w ten sposób, ale to powikłanie da się wybadać, gdyż z łatwością można wybadać przez odbytnicę, że pępowina jest okręcona koło szyi płodu. Co się tyczy miednicy kostnej, to można tym sposobem wykazać wszelkie zboczenia tak, jak przez pochwę.

Wprawdzie wprowadzenie palca do odbytnicy nie jest obojętne, ale zawsze mniej i rzadziej narażamy rodzącą na niebezpieczeństwo, niż badając przez pochwę.

Autor na podstawie doświadczenia wypowiada następujące zdania:

1) Badanie ciężarnych i rodzących przez pochwę jest zawsze niebezpieczne; dlatego należy o ile możności zaniechać go lub przynajmniej ograniczyć.

2) Badanie przez odbytnicę nie jest niebezpieczne a zastąpić może badanie przez pochwę w zupełności; podczas porodów, które odbywają się siłami natury, wystarcza badanie przez odbytnicę.

3) Ponieważ położne prowadzą tylko prawidłowe porody, powinny badać tylko przez odbytnicę a podczas nauki należy je ćwiczyć w tem badaniu.

4) Skoro lekarza wzywają w samym początku porodu, i on tylko badaniem przez odbytnicę posługiwać się winien. Pytanie czy badanie takie rozpowszechni się? Sprawą tą już dawniej zajmowano się w klinice lipskiej (*Krönig*). Saenger nie zachwalał go, bo nawet nazywał je świadectwem bankructwa postępowania przeciwgnilnego; zdanie to jednak zmienił nieco, gdy Zweifel orzekł, że dążenie do lepszego nie jest dowodem, że z tego, co jest dotychczas, niema pożytku. (*Centralblatt f. Gynaekol.* Nr. 17. 1894). *Dr. Cercha.*

Choroby nerwowe.

S. Sacki: **Porażenie postępowe w wieku pokwitania.** (Z kliniki chorób nerwowych Oppenheima w Berlinie).

Porażenie postępowe w wieku młodocianym należy według ogólnego mniemania do rzadkości. W wieku od 25 do 30 lat jeszcze trafia się ono dosyć często, osobliwie u kobiet, poniżej 25 lat bardzo już rzadko, ale że może trafiać się już i w drugim dziesiątku lat, nawet w pierwszej jego połowie, wykazano w ostatnich czasach.

Autor zebrał 17 przypadków takich z piśmiennictwa a opisuje 18. z własnej obserwacyi.

Pacyentka licząca lat 15, rozwijała się fizycznie i psychicznie zupełnie prawidłowo, jakkolwiek spostrzegano u niej już od dosyć dawna pewną powolność mowy i otyłość. Przed $2^1/_2$ laty mniej więcej, zaczęła się zapominać, okazywała w szkole obojętność i brak uwagi i stała się popędliwą za lada drobnostką. We Wrześniu tegoż roku utraciła nagle mowę na pół godziny, bez utraty wszakże przytomności i bez porażeń. Podobny napad wystąpił w Grudniu, po którym jednak pozostało pewne upośledzenie mowy, robiące wrażenie, jakoby pochodziło z utrudnienia ruchomości języka. Badanie przedmiotowe wykazało między innemi nieregularny kształt i brak zwrotnej ruchomości źrenic, typowe porażne upośledzenie mowy, pismo drżące, niepewne, opuszczanie liter i wyrazów lub ich błędne stawianie. Pod względem psychicznym zachowanie się dziecinne, usposobienie wesołe z poczuciem zdrowia, wyraz twarzy obojętny. Podawanie dat po części mylne. Rachowanie w większych cyfrach częścią niemożebne, częścią całkiem błędne. Jodek potasu i wcieranie szaruchy nie wywarły żadnego korzystnego skutku na przebieg choroby.

Autor zastanawia się obszernie i ściśle nad rozpoznaniem w niniejszym przypadku i przychodzi ostatecznie do wniosku, że to nie może być nic innego jak tylko porażenie postępowe; co się zaś tyczy przyczyny, to przypuszcza w tej mierze z pewnem podobieństwem do prawdy kiłę na podstawie obrzmienia gruczołów limfatycznych na karku i owrzodzenia koło ust w pierwszym roku życia. Dziedzicznego usposobienia nie można było wykazać.

Z przypadków tak tego, jak i opisanych wnosi autor, że porażenie postępowe w wieku pokwitania odpowiada w ogólności porażeniu postępowemu u dorosłych w postaci prostego zniedołężnienia umysłowego. Urojenia wielkości nie są częste; napady szału nie występują, natomiast bywają wybuchy gniewu. Inne objawy somatyczne i psychiczne tak jak u dorosłych. Łączenie się z wiądem pacierzowym opisano już kilka razy. Choroba trwa w wieku pokwitania dłużej, niż u dorosłych, rozpoczyna się zazwyczaj między 13. a 15. rokiem życia i wstrzymuje okres pokwitania tak, iż u dziewcząt nie przychodzi całkiem do menstruacyi. Zdaje się, iż zbliżanie się okresu pokwitania jest czynnikiem sprowadzającym wybuch choroby, której przyczyny należy najpodobniej do prawdy szukać z jednej strony w dziedzicznem usposobieniu neuropatycznem, z drugiej w kile. Pod względem anatomicznopatologicznym nie różni się porażenie postępowe w wieku pokwitania od takiegoż porażenia w wieku dojrzałym. (*Münchener med. Wochenschrift.* 31. Lipca 1894). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

— J. Meinnier: Leczenie niektórych drugorzędnych zmian kiłowych nakadzaniem kalomelu. W kiłowych zmianach drugorzędnych w jamie ustnej i w okolicy otworu stolcowego i części płciowych okazało się skutecznem nakadzanie kalomelem, które odbywa się w sposób następujący:

Bierze się rurkę szklaną średnicy 4 do 5 milimetrów, długości około 30 cm., w środku wydętą w bańkę mającą średnicy koło 3 cm. a przeznaczoną dla kalomelu. Jeden koniec tej rurki szklanej łączy się za pomocą rurki kauczukowej z mieszkiem termokauteru Paquelinowskiego, drugi zaś wyciągnięty jest w koniec z otworem 1 do 2 mm., przeznaczonym do wydawania par kalomelowych za ogrzaniem lampką spirytusową przerzeczonej bańki szklanej i kierowanych w ten sposób na miejsce potrzebne.

Te nakadzania kalomelem, które robi się co dwa lub trzy dni a łączy zawsze z leczeniem ogólnem, są bardzo skuteczne przeciw zmianom kiłowym drugorzędnym w jamie ustnej i w okolicy otworu stolcowego; mają one być o wiele skuteczniejsze, niż przyżeganie kamieniem piekielnym, nad któremi mają tę jeszcze wyższość, iż nie są bolesne, miejscowo nie drażnią i pozwalają na ograniczenie działania leku tylko do miejsca potrzeby, przez co bardzo mało zużywa się kalomelu tak, iż n. p. dwa centygramy wystarczają do nakadzenia nawet rozległych zmian kiłowych w jamie ustnej. Nie ma też obawy o zatrucie rtęcią, ponieważ używa się tak małych ilości kalomelu. W czasie nakadzania powinni chorzy wstrzymać oddech, by zapobiedz dostaniu się kalomelu do krtani i powstaniu w ten sposób nieprzyjemnego kaszlu kurczowego tudzież działaniu ogólnemu, zbytecznemu wobec ogólnego już leczenia przeciwkiłowego.

Działanie terapeutyczne kalomelu pochodzi prawdopodobnie z tworzenia się małych ilości sublimatu przy pomocy chlorków zawartych w wydzielinach błon śluzowych.

Autor sądzi, że te nakadzenia kalomelem mogłyby zapewne przydać się w drugorzędnych zmianach kiłowych w krtani; tylko w tym razie trzebaby użyć do nakadzania rurki dłuższej i stósownie zakrzywionej.

— F. Cauchard: O leczeniu kiły traumatycyną z kalomelem. Idąc za zaleceniem G. Peroniego, docenta syfilidologii w Turynie a doświadczeniem Julliena w Paryżu, opisuje autor korzystne działanie na kiłę traumatycyny[1]) zawierającej 25% kalomelu, którą nakłada pędzelkiem na kiłowe zmiany w skórze osobliwie znaczniejsze lub

[1]) jestto rozczyn 10 części gutaperki w 90 częściach chloroformu.

rozleglejsze. Jeżeli ich nie ma, pomazuje się cały grzbiet. Procedurę tę powtarza się po trzy razy tygodniowo aż do zniknienia objawów chorobowych. Po pomazaniu traumatycyną i wyparowaniu chloroformu pozostaje na skórze plewka, przylegająca ściśle.

Do leczenia tym sposobem nadają się szczególniej osutki kiłowe guzkowe, krostkowe i łuskowe, osobliwie u osób słabych, nie znoszących wewnętrznie rtęci, u dzieci nawiedzonych kiłą dziedziczną i w pewnych okresach zmian właściwych w skórze. Zazwyczaj 5 do 6 pomazań wystarcza do skutku. Pomazywania te mają i tę zaletę, że łączą działanie miejscowe z ogólnem. *(La semaine médicale* 1. Sierpnia 1894).

— G. Reinhold: O leczeniu gruczołem tarczykowym obłąkanych z wolem. (Z kliniki psychiatrycznej we Fryburgu w Bryzgowii). Dosyć często spotkać się można w piśmiennictwie z wiadomościami o pomyślnem działaniu gruczołu tarczykowego w obrzęku śluzakowym (porównaj Nr. 23. *Przeglądu lek.* z r. b.) a Beadles zwrócił uwagę, że to pomyślne działanie rozciąga się i do zboczenia psychicznego w obrzęku śluzakowym. W tej mierze postanowiono w klinice fryburskiej zrobić próby w celu przekonania się, jak działa substancya gruczołu tarczykowego na chorych dotkniętych pierwotną chorobą umysłową a zarazem i wolem. Do prób użyto 6 pacyentek a jakkolwiek liczba ta jest bardzo mała, otrzymano rezultaty zasługujące na podanie do ogólnej wiadomości, rezultaty pod względem psychopatologicznym wprawdzie ani rychłe ani tak stanowcze, żeby nie można wątpić o ich związku z terapią, natomiast pod względem wpływu na wól wybitne, albowiem w 5 na 6 przypadkach wól zniknął prawie zupełnie.

Idąc za Leichtensternem zadawano chorym surowy gruczoł tarczykowy barani a to dla zmylenia uwagi podejrzliwych chorych w postaci kanapek nakładanych kiszką wątrobianą, zawierającą w sobie ów gruczoł tarczykowy.

Używano całkiem świeżego gruczołu tarczykowego w średniej dawce od 6 do $7^1/_2$ grama, zadawanej co 10 do 14 dni i rzadziej.

Skutek był w wymienionych sześciu przypadkach następujący:

W pierwszym z *paranoia hallucinatoria* prócz chwilowego podniecenia, niekiedy w dniach zadania substancyi gruczołu tarczykowego, nie było widać żadnego działania ani ogólnego ani psychoterapeutycznego, natomiast obwód szyi zmniejszył się z 39 cm. w ciągu trzech miesięcy po wyżyciu 34 gramów wymienionego środka do 35·25 cm.

W drugim przypadku z prostym obłędem po drugiej dawce chora uspokoiła się na trzy dni a objętość szyi zeszła z 39 do 35 cm.

W trzecim przypadku z zadumą przy większej ruchliwości psychicznej po zadaniu substancyi gruczołu tarczykowego zmniejszył się obwód szyi z 41 na 39 cm.

W czwartym przypadku z przedwczesnem zniedołężnieniem umysłowem prócz zmniejszenia się obwodu szyi z 32·5 na 31·25 cm. nie było żadnego skutku.

W piątym przypadku z *paranoia chronica* nie było żadnego skutku ani na wól ani na stan umysłowy, natomiast nastała znaczna poprawa stępionego słuchu. (Z jakiej przyczyny było w tym przypadku upośledzenie słuchu, autor nie podaje. Przyp. sprawozdawcy *Przeglądu lek.*).

W szóstym i ostatnim przypadku z ciężką zadumą (*melancholia*) hipochondryczną, poprawił się znacznie stan umysłowy osobliwie ze względu na objawy hipochondryi a obwód szyi zeszedł z 37 na 34 cm.

Ten widoczny wpływ zadawania substancyi gruczołu tarczykowego na wól był przyczyną, iż na usilne prośby dozorczyni chorych w klinice psychiatrycznej a mającej wól, spróbowano u niej tego leczenia i w tenże sam sposób, który też dozorczyni, osoba całkiem rozsądna, znalazła nawet przyjemnym.

20. Kwietnia zadano 6·5 grama gruczołu tarczykowego; obwód szyi był wtedy 38·55 cm.

10. Maja zadano 10 gramów, obwód szyi wynosił 37 cm.; 12. Maja obwód ten był 36 cm.

Chora była oczywiście z skutku zadowolniona, nie doznawała podczas leczenia żadnych dolegliwości podmiotowych i nie miała żadnych zboczeń przedmiotowych. Tylko ciężar ciała zmniejszył się po pierwszej dawce o kilogram a po drugiej o pół kilograma.

Z spostrzeżeń tych wypada, że surowa substancya gruczołu tarczykowego, wewnętrznie zadawana działa swoiście na wól, który zmniejsza się, i że to działanie nie ogranicza się do przypadków, w których obok wola jest choroba umysłowa.

Zmiany pod względem psychopatycznym nie były ani tak znaczne ani tak wybitne, żeby nie można wątpić o związku między terapią a jej skutkiem. Rzecz ta potrzebuje przeto dalszych doświadczeń i spostrzeżeń.

Poprawa słuchu w przypadku piątym nie jest na teraz do wytłómaczenia.

Na uwagę zasługuje okoliczność, iż wbrew spostrzeżeniom Leichtensterna i Schottena, którzy po zadaniu gruczołu tarczykowego widzieli ciężkie objawy ze strony serca i t. d. a nawet Beadlesa, który z angielskiego piśmiennictwa zebrał aż 4 przypadki śmierci po zadaniu w zawielkiej ilości substancyi gruczołu tarczykowego, R. nie widział po terapii, o której mowa, żadnych ubocznych skutków ani podmiotowych ani przedmiotowych mimo starannego w tej mierze badania ani u chorych ani u owej zdrowej dozorczyni. Czemu to przypisać, trudno teraz orzec; być może, iż to zostaje w związku z rzadkiem zadawaniem środka, o którym mowa. *(Münchener med. Wochenschrift.* 31. Lipca 1894).

— H. Washburn: O użyciu strychniny do podniecenia czynności serca i oddychania. U chorego, który po wypiciu znacznej ilości chloroformu robił wrażenie umierającego, oddychał bardzo powierzchownie, tętno miał bardzo słabe, nieregularne i przepuszczające, użył autor podskórnie strychniny; jakoż po zastrzyknięciu 3 miligramów nastąpiła nagle znaczna zmiana na lepsze: oddech stał się głębokim, regularnym a po dwóch jeszcze wstrzyknięciach po miligramie ustąpiło wszelkie niebezpieczeństwo. Autor sądzi, że możnaby tym sposobem użyć strychniny w asfiksyi po narkozie chloroformowej, co zalecał zresztą gorąco Liebreich w Berlinie jeszcze przed kilkoma laty. *(Therapeutic Gazette.* 1894).

— Teraźniejsze leczenie cholery azyatyckiej. W tej mierze są dwa zasadnicze wskazania, zniszczenie i usunięcie lasecznikow lub ich wytworów trujących.

Do usunięcia nadaje się przedewszystkiem kalomel, ponieważ wypróżnia a zarazem desinfekcyonuje jelita a z drugiej strony podnieca wydzielanie żółci, która ma zabijać laseczniki. Heyse zadaje kalomel po 10 do 20 centygramów aż do ukazania się stolców zielonych. Rumpf zadaje po 2 do 5 centygramów co 2 godziny, dodając wodochlorku kokainy i jest zdania, że to środek najlepszy. Eisenlohr mniema, że kalomel działa najlepiej w przypadkach lekkich i średnio ciężkich i powiększa wydzielanie moczu.

Prossnitz zadaje kalomel z bismutem:

94) Rp. *Calomelanos* *0·05*
Bismuthi subnitrici *0·50*

co 2 godziny w dzień i w nocy, widział jednak skutek tylko w przypadkach niedoszłych do okresu ziębienia *(stadium algidum)*.

Ze środków desinfekcyonujących jelita zalecają jodoform po 2 do 3 centygramów w rozczynie eterowym w torebkach z galarety, naftalinę, salicylan bizmutowy, trójbromofenolek bizmutu po 5 centygramów do wyżycia przez dorosłych 5 do 7 gramów, salol według przepisu H. Fussla:

95) Rp. *Saloli* *3.75*
Bismuthi subnitrici *3·50*
Cretae *82·75*
Div. in dos. aeq. 12.
S. Co godzina po proszku zażywać;

dalej kreolinę i kwas mlekowy zaleca rada zdrowia francuska według przepisu:

96) Rp. *Acidi lactici* 10·00
Syrupi simplicis 20·00
Alcoholaturae aurantiorum vel citri 2·00
S. Zmięszać z litrem wody i dawać po łyżce stołowej co kwadrans.

(Le Formulaire. Lipiec 1894).

V. VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński.

W Nrze 33. *Przeglądu lekarskiego* z dnia 15. Sierpnia 1868 roku czytamy: „Towarzystwo lekarskie krakowskie na wniosek Dra Adryana Baranieckiego uchwaliło początkować w urządzeniu dorocznych Zjazdów lekarzy i badaczy przyrody polskich a pierwsze takie zebranie zwołać do Krakowa w ciągu lata przyszłego. W tym celu wyznaczyło ono z grona swego Komitet przygotowawczy, złożony z Dra A. Kremera, prof. Janikowskiego, Dra Blumenstoka, Dra Rydla, Dra Stępińskiego, Dra Oettingera i wnioskującego Dra Baranieckiego celem poczynienia kroków przedwstępnych....“ Dzielna myśl, rzucona przez zacnego człowieka, przyjęła się; przystąpiono do ułożenia ustawy Zjazdów, której projekt wydrukowany w *Przeglądzie lekarskim* poddano pod ocenienie ogółu lekarzy polskich, wybrano Komitet gospodarczy, wreszcie rozesłano zaproszenia na rok 1869. do Krakowa.

Minęło odtąd lat 25. W ciągu ćwierćwiekowego istnienia Zjazdy nasze ulegały zmianie co do pierwotnych terminów zbierania się, weszły na drogę prawidłowego rozwoju i pomimo trudnych pod wielu względami okoliczności, zdaje się, zdobyły sobie prawo obywatelstwa w naszem społeczeństwie lekarskiem i śmiało spoglądać mogą w przyszłe dwudziestopięciolecia, które oby przyczyniły się do szerszego zakreślenia ich działalności!

W dniu 13. Września 1869 roku otworzył przewodniczący Komitetu gospodarczego, prof. Majer pierwsze posiedzenie ogólne pierwszego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w sali Rady miejskiej. Po zwykłych w takich razach powitaniach, przemówieniach i wyborze prezesów (prof. Majer i Dr. Gałęzowski z Paryża), miał prof. Majer rzecz „o postaci Kazimierza Wielkiego oznaczonej na zasadzie wymiarów kości przy przekładaniu szczątków wiekopomnej sławy króla“, poczem prof. Skobel wyłożył „projekt sporządzenia statystyki lekarskiej krajowej“.

Utworzono 5 sekcyj: 1) fizyograficzną, 2) anatomiczno-fizyologiczno-antropologiczną, 3) kliniczną, 4) medycyny publicznej, 5) chemiczno-farmaceutyczną, z nich zaś 2. zlała się z 3. i obradowały wspólnie.

Wszystkich uczestników obecnych liczono 263.

Tegoż samego dnia po południu otwarto wystawę przedmiotów mających związek „z lekarstwem i przyrodnictwem“, utworzoną za inicyatywą i pracą A. Baranieckiego. Następne dnie 14. i 15. poświęcono pracom sekcyjnym, 16. odbyto wspólną wycieczkę do Tenczynka i Dubia, 17. po rannych posiedzeniach nastąpiła wycieczka do Wieliczki, wreszcie 18. drugie posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu. Przedmiotem obrad tego posiedzenia był między innemi wybór miejsca przyszłego Zjazdu: zgodzono się na zaproszenie Dra Kaczorowskiego na wybór Poznania i prezesem tego Zjazdu obrano Dra Mateckiego.

Według pierwotnego projektu ustawy Zjazdów miały one odbywać się corocznie. Za rok więc t. j. na rok 1870. zaczęto robić przygotowania do Zjazdu w Poznaniu, lecz wybuch wojny francusko-pruskiej sprowadził odłożenie terminu. Nowy termin naznaczono na Lipiec roku 1872, widocznie jednak nie sądzonem było, aby II. Zjazd odbył się w Poznaniu. W Nrze 67. *Dziennika Poznańskiego* z tego roku znajdujemy następujące ogłoszenie od Komitetu Zjazdowego: „Z przyczyn nieprzewidzianych, zewnętrznych projektowany w Lipcu Zjazd lekarzy i przyrodników w Poznaniu w tym roku odbyć się nie może. Członkom, którzy się zgłosili, składki zwrócone będą. *Dr. Matecki, Dr. Osowicki*“.

Minęło jeszcze trzy lata i dopiero w roku 1875 Lwów gościł w swoich murach członków II. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Zjazd ten, liczniejszy od pierwszego, liczył 411 uczestników, między nimi 223 lekarzy. Prezesami byli: prof. Majer z Krakowa, prof. Szafarkiewicz i Dr. Kaczorowski z Poznania; na wiceprezesów wybrano: Dra Denarowskiego z Czerniowiec, Dra Rollego z Kamieńca podolskiego, Dra Wańkiewicza z Litwy i Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego ze Lwowa. Ozdobą pierwszego posiedzenia ogólnego był odczyt Dra Kopernickiego „o świecie roślinnym i zwierzęcym w wyobrażeniach lekarskich i wierzeniach naszego ludu“. Nadto na posiedzeniach ogólnych mieli wykłady: E. Windakiewicz: o przemyśle naftowym w Galicyi, hr. Dzieduszycki: o faunie krajowej, Dr. Czerkawski: o przyrodzie Lwowa i jego okolic.

Zajęcia szczegółowe podzielono na 4 sekcye: 1) przyrodniczą, 2) lekarsko-kliniczną, 3) publiczno-lekarską i 4) chemiczno-farmaceutyczną. Wykładów wszystkich wygłoszono siedemdziesiąt. Jako szczegół ciekawy zanotuję tu, że zapowiedziano jeden jedyny odczyt z chirurgii a mianowicie Dra Wygrzywalskiego: „o przecięciu tchawicy żarem galwanicznym“. Oprócz tego na ostatniem posiedzeniu ogólnem wniesiono 10 uchwał różnych sekcyj, które po jednomyślnem przyjęciu naturalnym rzeczy porządkiem złożone zostały *ad acta*.

Zjazd rozpoczęty 20. Lipca ukończył się dnia 24. t. m. zaproszeniem uczestników za 3 lata do Krakowa.

Niestety i tym razem sprawdziło się zdanie o kruchości wszelakich obliczeń ludzkich i III. Zjazd naznaczony został dopiero na rok 1881. Utworzony Komitet gospodarczy pod przewodnictwem prof. Janikowskiego nadzwyczaj energiczną rozwinął czynność od początku tego roku, rozsyłając zaproszenia i co najważniejsza, wyznaczając tematy z różnych dziedzin medycyny i zapraszając do nich referentów. Do cech charakterystycznych Zjazdu należał niezwykle liczny udział w nim Czechów, którzy wystąpili w roli nietylko gości, lecz i prelegentów. Pomimo ciężkiej straty, jaką poniósł Zjazd przez śmierć prof. Janikowskiego, przewodniczącego Komitetu gospodarczego, prace przygotowawcze trwały bez przerwy pod kierunkiem Dra Jordana, ówczesnego prezesa Towarzystwa lekarskiego i prof. Janczewskiego. Dzięki wczesnej i wzorowej organizacyi Zjazd III. zarówno

pod względem naukowym jak i liczebnym wypadł świetnie. Ogółem urządzono 9 sekcyj, z nich 5 przyrodniczych: matematyczno-fizyczną, chemiczno-farmaceutyczną, mineralogiczno-geologiczną, botaniczno-zoologiczną i przyrodniczo-gospodarczą i 4 lekarskie: medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej, medycyny zewnętrznej i medycyny publicznej. Posiedzeń ogólnych było trzy; na każdem z nich był odczyt; prelegentami byli: prof. Rostafiński, prof. Radziszewski i Dr. Dobrzycki. Przez cały czas trwania Zjazdu, od dnia 21. do 25. Lipca, wydawano podobnie jak na Zjazdach poprzednich *Dziennik Zjazdu*, streszczający w sobie wszystko, co odnosiło się do Zjazdu i mogło interesować uczestników.

Razem ze Zjazdem połączono uroczystość jubileuszu prof. Majera, który w roku 1881. obchodził 50-lecie swej czynności lekarskiej. Obchód ten urządzono na drugiem posiedzeniu ogólnem, które przemieniło się w pełną serdeczności i entuzyazmu owacyę dla jubilata; ze wszystkich stron nadesłano mnóstwo adresów, podarunków, odznaczeń, życzeń w dowód uznania za pięćdziesiąt lat sumiennej pracy dla społeczeństwa.

Jednocześnie ze Zjazdem odbywała się wystawa lekarsko-przyrodnicza, urządzona i kierowana przez zasłużonego inicyatora Zjazdów Dra Baranieckiego. Wspólna wycieczka do zdrojowisk pod przewodnictwem Dra Lutostańskiego stanowiła epilog Zjazdu III.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 9. Sierpnia 1894 r.

— Nieszczęśliwe przypadki przez rażenie prądem elektrycznym mnożą się coraz bardziej w miarę coraz większego zastósowania prądu elektrycznego w życiu codziennem. Najwięcej bywa przypadków podczas reparacyi przewodów. Wypada ztąd, że nie należy reparować nigdy tych przewodów podczas krążenia w nich prądu elektrycznego, z drugiej strony baczyć, by robotnicy używali podczas reparacyi zawsze rękawiczek kauczukowych.

G. Claude zwraca także uwagę na niebezpieczeństwo ratowania rażonego od prądu elektrycznego; jeżeli on bowiem włączony jest do koła, przez które przepływa elektryczność, ratujący naraża się na niebezpieczeństwo, iż i jego razi prąd elektryczny.

Pierwszą też okolicznością, o której pamiętać należy podczas ratowania, jest przerwać (czyli mówiąc po naukowemu otworzyć) prąd elektryczny, co jednak nie zawsze da się zrobić zaraz, jeżeli przerywacz prądu znajduje się daleko.

Dlatego rażonego trzeba chwytać tylko za części pokryte dobrze sukniami i to całkiem suchemi a nie brać go pod pachy. Dobrze jest także zdjąć własne suknie, zrobić z nich gruby zwój i stanąwszy na nim spuścić głowę lub nogi rażonego, i w ten sposób przerwać związek jego ze ziemią.

Ratować należy rażonych prądem elektrycznym tak jak utopionych a zatem wskazane są tu nacierania ciała, skrapianie wodą, podnoszenie i obniżanie ramion a przedewszystkiem wdmuchiwanie powietrza. Jeżeli te sposoby zawiodą, można jeszcze użyć nieraz z dobrym skutkiem rytmicznych pociągań języka metodą wskazaną przez Laborda.

— Dr. Yersin, wysłany przez francuskie ministerstwo osad zamorskich do Hong-Kong w Chinach w celu zbadania naukowego grasującej tamże zarazy morowej czyli dżumy, wykrył w tkaninach nawiedzonych tą chorobą osobny laseczník mały i trudny do zabarwienia zwykłemi odczynnikami, lecz łatwy do hodowania na galarecie.

Nadzwyczajna w tym czasie śmiertelność między szczurami w Hong-Kong i w Kantonie okazała się prawdziwą dżumą a szczepienie lub żywienie tkaninami chorych ludzi szczurów, myszy i świnek morskich zabijało te zwierzęta w krótkim bardzo czasie.

— Szczepienie urzędowe krowianką szerzy się coraz bardziej w Austryi, lubo nie w równym zawsze stósunku do ludności. I tak przypadło jedno szczepienie w roku 1891. na 31, w roku 1892. na 29 a w roku 1893. na 32 mieszkańców. Najwięcej używa się krowianki z rządowego zakładu w Wiedniu. Procent skutecznych szczepień powiększa się wynosząc w latach 1891. i dwóch następnych po kolei 83·7, 85·1 i 90·3.

— We francuskiem ministerstwie wojny jest osobna komisya mająca za zadanie badać nowe wynalazki mogące w razie potrzeby służyć do obrony kraju. Otóż do tej komisyi wpłynał temi czasy między innemi projekt hodowania i stósownego tresowania wielkich much, które po zakażeniu jadem wąglikowym puszczanoby na nieprzyjaciela!

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Grac. Profesor kliniki lekarskiej Dr. Otto Rembold przeszedł na własne żądanie na emeryturę; w jego miejsce przedstawił Wydział lekarski do nominacyi terno w następującym porządku: Prof. Fryderyk Kraus, docenci prywatni Henryk Lorenz i Pal, wszyscy z Wiednia. — Berlin. Dziekanem Wydziału lekarskiego na przyszły rok naukowy wybrany profesor O. Hertwig. — Halla nad Salą. W dniu 1. Sierpnia odsłonięto uroczyście pomnik Ryszarda Volkmanna postawiony przed kliniką chirurgiczną — Rostoka. Na profesora chirurgii po Madelungu powołany profesor Garré z Tybingi.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Tomaszowie lubelskim Dr. Seweryn Michalski, lekarz powszechnym otaczany szacunkiem. — W Paryżu Dr. Mailiot, najstarszy lekarz wojskowy francuski, około wprowadzenia chininy do leczenia zabójczych zimnic afrykańskich wielce zasłużony, przez rząd francuski zaszczycony przed kilkoma laty nagrodą narodową za zmniejszenie śmiertelności w armii algierskiej, w której umierało dawniej 1 na 3 a potem 1 na 20 ze zimnicy. — W Reims profesor fizyologii J. L. Moret. — W Londynie W. J. Little, były lektor medycyny w London Hospital. — W Bergen w Norwegii Dr. Daniel Danielssen, znany ze swych prac nad trądem i syfilizacyą. — W Gwatemali A. Molina, profesor medycyny sądowej.

Redakcya otrzymała:

A. Grossglik: Przyczynki do fizyologii zrazów czołowych. (Odbitka z *Medycyny*).

Prof. B. Wicherkiewicz: O zapaleniu błoniastem spojówki. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

Tenże. Wspomnienia o XI. międzynarodowym kongresie lekarskim w Rzymie. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.